



**DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT GAN ASSURANCES.
IMPLANTS COCHLEAIRES - ASSOCIATION UNAPEDA**

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ :

ADRESSE :

CODE POSTAL ET VILLE :

MAIL :

TÉLÉPHONE :

OPTION 1 : 1 CÔTÉ, PROCESSEUR EXTERNE UNIQUEMENT, 135€

OPTION 2 : 1 CÔTÉ, PROCESSEUR EXTERNE ET IMPLANT, 170€

OPTION 3 : 2 CÔTÉS, PROCESSEURS EXTERNES UNIQUEMENT, 250€

OPTION 4 : 2 CÔTÉS, PROCESSEURS EXTERNES ET INTERNES, 310€

JE CHOISIS DE RÉGLER :

PAR PRÉLÈVEMENT GRATUITEMENT: PRÉCISER

MENSUEL

SEMESTRIEL

ANNUEL

PAIEMENT ANNUEL PAR CHÈQUE :

DATE D'EFFET : 1^{ER} / MOIS / ANNÉE (LE CONTRAT PREND EFFET LE 1^{ER} DE CHAQUE MOIS)

REFERENCE(S) PROCESSEUR(S)	DATE DE MISE EN SERVICE	PRIX	MARQUE ET MODÈLE	N° DE SÉRIE

JE DÉCLARE :

- UNE PROTHÈSE AUDITIVE CONTROLATÉRALE
- UNE BOUCLE MAGNÉTIQUE INDIVIDUELLE PORTABLE OU UN MICRO HF
- UN SECOND PROCESSEUR POUR LA MÊME OREILLE

ET DONC NON UTILISÉ SIMULTANÉMENT

DOCUMENT A RETOURNER A :

**BBLC ASSURANCES – 83 BD CAMILLE BLANC – BP 187 – 34203 SETE CEDEX ACCOMPAGNE DE VOTRE
RIB OU DE VOTRE CHEQUE À L'ORDRE DE GAN ASSURANCES**

**LA GARANTIE SERA ACQUISE DÈS LE LENDEMAIN DE LA DEMANDE DE SOUSCRIPTION EN ENVOYANT CE DOCUMENT
PAR MAIL À ASSURANCE.UNAPEDA@BBLC.FR OU PAR FAX AU 04 67 74 17 63 ET SOUS RÉSERVE DE RÉCEPTION SOUS
10 JOURS RÈGLEMENT. LA DATE D'ENVOI FAISANT FOI.**

FAIT À :, LE/...../.....

SIGNATURE :